

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所	電話番号						
	個人番号							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名	受診者との関係						
	フリガナ 保護者住所 ※2	電話番号 ※2						
	保護者個人番号							
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険者名						
	受診者と同一保険の加入者①							
	受診者と同一保険の加入者個人番号①							
	受診者と同一保険の加入者②							
	受診者と同一保険の加入者個人番号②							
	受診者と同一保険の加入者③							
	受診者と同一保険の加入者個人番号③							
	受診者と同一保険の加入者④							
	受診者と同一保険の加入者個人番号④							
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続※4	該当・非該当	
精神障害者保健福祉手帳番号								
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名			所在地・電話番号				
受給者番号 ※5								
治療方針の変更 ※6	有	無	診断書の添付 ※6、※7		有	無		
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 <span style="float:right">印 ※8</span></p> <p>平成 年 月 日</p> <p>長野県知事 殿</p>								

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類 ( )				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
前回の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
診断書の提出	医療用 (1年目) ・ 医療用 (2年目) ・ 手帳用 (1年目) ・ 手帳用 (2年目) ・ 手帳で新規				
備考					